

## Traçabilité des patients face au risque de transmission des ATNC



## Clinique de la Vision

55, avenue Hoche - 75008 PARIS - FRANCE -  
Tél. (33) 01 58 05 20 00 - Fax (33) 01 58 05 20 01  
[info@cliniquedelavision.com](mailto:info@cliniquedelavision.com)

NOM												
Prénom												
Date de naissance	Mois		Jour		Année							
Sexe	F	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>								

**Fiche à signer par le chirurgien et à donner à l'infirmière de salle d'opération**

### ÉVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE DU PATIENT

#### A PATIENT SUSPECT OU ATTEINT D'ESST

(Encéphalopathie Spongiforme Subaiguë Transmissible)

- Maladie de Creutzfeldt Jakob (MCJ) et nouveau variant .....
- Syndrome de Gerstmann-Sträussier-Scheinker  
(démence et/ou paraplégie, ataxie) .....
- Insomnie fatale familiale .....
- Signes cliniques neurologiques récents évocateurs de MCJ  
(tremblements, troubles de l'équilibre, ralentissement psycho-moteur,  
troubles oculo-moteurs évocateurs, etc ...).....

#### B PATIENT PRESENTANT DES FACTEURS DE RISQUES INDIVIDUELS D'ESST CLASSIQUE

- Antécédents de traitement par hormone de croissance d'origine humaine .....
- Antécédents familiaux d'un cas d'ESST .....
- Antécédents neurochirurgicaux réalisés en France (avant le 01/01/1995) :
- Ouverture de la dure-mère .....
- Exploration cérébrale invasive .....
- Antécédents neurochirurgicaux réalisés à l'étranger .....
- Greffe de cornée (cet item est discuté) .....

#### C PATIENT SANS FACTEUR DE RISQUE

Nom du chirurgien responsable : .....

Date : ..... / ..... / .....

**UNE SEULE RÉPONSE POSITIVE** dans les rubriques **A** et **B** impose de :

- **Privilégier l'utilisation** des dispositifs médicaux à usage unique
- **Sélectionner une procédure particulière** d'inactivation en stérilisation pour le matériel utilisé

## ÉVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE DE L'ACTE CHIRURGICAL (Chirurgien)

Lasik, nPKR, Lasek, incisions, sutures, autres.....

..... Date : ..... / ..... / .....

Si modification, nature de l'acte réalisé : .....

.....

Acte chirurgical à risque :    **OUI (Niveau I)**                       **NON (Niveau II)**

Nom du chirurgien : ..... Date : ..... / ..... / .....

**Signature**

**ACTES CHIRURGICAUX À RISQUE** = Ceux intervenant sur **les tissus suivants** :

**Système nerveux** (hypophyse, dure-mère, LCR, moelle épinière, racines nerveuses),  
**œil et nerf optique,**  
**sphère ORL,**  
**formations lymphoïdes** (rate, ganglions lymphatiques, amygdales, appendice, plaques de Peyer).

## CONDUITE À TENIR POUR LA PROCÉDURE D'INACTIVATION APPLIQUÉE AU MATÉRIEL UTILISÉ

RISQUE PATIENT		<b>C</b>	<b>B</b>	<b>A</b>
RISQUE CHIRURGICAL	<b>I</b>	Classique	Mise en quarantaine	Incinération
RISQUE CHIRURGICAL	<b>II</b> <i>(toute la réfractive)</i>	Classique pour le moment	Double stérilisation	Incinération
MATÉRIEL PRÉCONISÉ		Restérilisable	Usage unique	Ne pas opérer au CLV

Nom de l'agent de stérilisation : .....

Date : ..... / ..... / .....

**Signature**